

# VACUNA CONTRA TETANOS Y DIFTERIA (Td)

Lo que usted  
necesita saber  
acerca de la  
vacuna



## INFORMACION SOBRE LAS ENFERMEDADES

El tétanos (trismo) y la difteria son enfermedades graves. El tétanos es causado por un germen que entra al cuerpo a través de una cortadura o

herida. La difteria se disemina cuando los gérmenes pasan de una persona infectada a la nariz o garganta de otras.

**El tétanos causa:**  
espasmos graves y dolorosas de todos los músculos

**Puede ocasionar:**

- "trabazón" de las mandíbulas de manera que el paciente no puede abrir su boca ni tragar.
- muerte.

**La difteria causa:**  
un recubrimiento espeso en la nariz, garganta o conducto respiratorio.

**Puede ocasionar:**

- problemas respiratorios
- insuficiencia cardíaca
- parálisis
- muerte.

## INFORMACION SOBRE LAS VACUNAS

La vacunación es la mejor manera de protegerse en contra del tétanos y la difteria. Gracias a la vacunación, hay mucho menos casos de estas enfermedades. Los casos son raros en niños porque la mayoría de ellos reciben las vacunas DTP (Difteria, tétanos, y tos ferina), DTap (Difteria, tétanos, y tos ferina acelular) o DT (Difteria y tétanos). Habrían mucho más casos si dejáramos de vacunar a la gente.

### ¿Cuándo debe recibir la vacuna Td?

La vacuna Td es para las personas de 7 años de edad o mayor.

Las personas que no han recibido por lo menos 3 dosis de cualquier vacuna contra tétanos y difteria (DTP, DTap o DT) en su vida, deben de harcerlo al recibir la TD. Después de que una persona reciba la tercera dosis, se necesita una dosis de Td cada 10 años por el resto de su vida.

Se pueden dar otras vacunas al mismo tiempo que la Td.

### Diga a su médico o enfermera si usted:

- alguna vez ha tenido una reacción grave u otro problema con la vacuna Td o con cualquier otra vacuna contra tétanos y difteria (DTP, DTap o DT)
- tiene ahora una enfermedad moderada o grave
- está embarazada

Si no está seguro, pregunte a su doctor o enfermera:

### ¿CUALES SON LOS RIESGOS DE LA VACUNA TD?

Como con cualquier otra medicina, existe el riesgo muy reducido que, después de recibir la vacuna, pudieran ocurrir problemas serios incluyendo la muerte.

Los riesgos que presenta la vacuna son mucho menores que los riesgos de las enfermedades que resultarían si la gente dejara de vacunarse.

La gran mayoría de gente que recibe Td no tiene problemas relacionados a esta vacuna.



**CDC**  
CENTRO FOR DISEASE CONTROL  
AND PREVENTION

## Problemas leves

Si ocurren estos problemas, usualmente comienzan dentro de unas horas y un día o dos después de la vacunación. Pueden durar hasta 1 o 2 días:

- inflamación, enrojecimiento o tumefacción del área en donde se colocó la inyección

Estos problemas pueden ser peores en adultos que reciben la vacuna Td frecuentemente.

Se puede usar acetaminofen o ibuprofen (sin aspirina) para disminuir el dolor.

## Problemas graves

Estos problemas suceden muy raramente:

- reacción alérgica seria
- dolor intenso y debilitamiento muscular en la parte superior del (los) brazo(s). Esto comienza de los 2 días a las 4 semanas después de la inyección y puede durar varios meses.

## QUE HACER SI SE PRESENTA UNA REACCION SERIA

- Llame al médico, o lleve a la persona al médico inmediatamente.
- Apunte lo que sucedió y la fecha y la hora en que sucedió.
- Pida a su médico, enfermera, o al departamento de salud que entablen un formulario de Reporte de Efectos Adversos de la Vacuna, o que llame al  
**(800) 822-7967 (sin costo).**

El Programa Nacional de Compensación por Lesiones Causados por Vacunas da una compensación (pago) para algunas personas que se cree resultaron lesionadas por vacunas. Para obtener más información, llame al  
**(800) 338-2382 (sin costo)**

Si quiere saber más acerca de las vacunas, pregunte a su médico o enfermera. El o ella le pueden dar la información más detallada que se incluye en el paquete de la vacuna o le pueden sugerir otras fuentes de información.





## Departamento de Salud de Texas

**Suplemento para la Hoja de Información sobre la Vacuna para el Tétanos y la Difteria**

1. Estoy de acuerdo en que la persona nombrada abajo reciba la vacuna marcada.
2. He recibido o se me ha ofrecido copia de la hoja con la información sobre esta vacuna (VIS).
3. Conozco los riesgos de las enfermedades que esta vacuna previene.
4. Conozco los beneficios y los riesgos de esta vacuna.
5. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre las enfermedades, la vacuna, y cómo se da la vacuna.
6. Sé que a la persona nombrada abajo se le va a dar una vacuna para prevenir enfermedades infecciosas.
7. Soy adulto y puedo dar permiso legalmente para que le den la vacuna a la persona nombrada abajo. Por mi propia voluntad firmo y doy permiso para que le den esta vacuna.

Vacuna que se va a dar:  Td (Tétanos y Difteria) Tétanos

Información sobre la persona que va a recibir la vacuna (por favor, en imprenta)					Para uso de la clínica o de la oficina Clinic/Office Address:	
Apellido		Nombre		Inicial	Fecha de nacimiento	Teléfono
Dirección		Ciudad	Condado	Estado <b>TX</b>	Zip	Date Vaccine Administered:
Firma de la persona que va a ser vacunada o la persona autorizada a solicitar la vacuna (padre o tutor legal):						
X _____		Fecha _____				
Testigo _____		Fecha _____				
					Vaccine Manufacturer:	
					Vaccine Lot Number:	
					Site of Injection:	
					Signature of Vaccine Administrator:	
					Title of Vaccine Administrator:	

Texas Department of Health  
C-94A (2/99)

CDC VIS Revision (6/10/94)

**CONSENTIMIENTO PARA ImmTrac, EL REGISTRO DE VACUNAS  
DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE TEXAS**

1. Autorizo que la información demográfica y el récord de inmunizaciones de mi hijo/hija se pongan en el Registro de Inmunizaciones del Departamento de Salud de Texas.
  2. Autorizo al Registro de Inmunizaciones del Departamento de Salud de Texas para que disomine cualquier información pasada, presente, y futura sobre las inmunizaciones de mi hijo/hija a mí o a cualquiera de las siguientes personas o agencias:
    - A) distrito de salud pública
    - B) departamento de salud local
    - C) médico del niño/niña
    - D) escuela en que está inscrito el niño/niña
    - E) guardería en que está inscrito el niño/niña
  3. Entiendo que puedo retirar mi autorización para poner la información sobre mi hijo/hija en el registro de inmunizaciones, y que puedo retirar mi autorización para diseminar información del registro en cualquier momento escribiendo al Texas Department of Health, Immunization Registry, 1100 W. 49<sup>th</sup> Street, Austin, Texas, 78756.
- Sí. Ponga la información de mi hijo/hija en el Registro de Inmunizaciones del Departamento de Salud de Texas.
- No. No ponga la información de mi hijo/hija en el Registro de Inmunizaciones del Departamento de Salud de Texas.

Firma del padre, madre, o tutor legal

Fecha

**Instructions:****Store the parental consent statement in the patient's chart.**